

HUBUNGAN STATUS GIZI IBU HAMIL MELALUI PENGUKURAN LILA DENGAN BERAT BADAN BAYI LAHIR DI PUSKESMAS KLABANG TAHUN 2011

Ayu Sukma Pratiwi

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso

ABSTRAK

BBLR adalah berat badan lahir rendah, yang mana bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2499 gram. BBLR merupakan salah satu factor terpenting yang menyebabkan semakin meningkatnya Angka Kematian Perinatal di Indonesia. Oleh karena itu perlu ditinjau kembali factor-faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya BBLR.

Gambaran BBLR yang diteliti dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu kelompok KMK (Kecil Masa Kehamilan) dan SMK (Sesuai Masa Kehamilan). Penggolongan BBLR ini sesuai dengan pendapat dari rustam Mochtar (1998) yang menggolongkan BBLR berdasarkan usia kehamilan dan berat badan bayi lahir dalam keadaan KMK dan SMK. Dikatakan KMK apabila terjadi ketidakseimbangan antara pertumbuhan janin dengan lanjutan kehamilan, sedangkan dikatakan SMK apabila berat badan lahir / kurang dari 2500 dengan berat badan untuk masa kehamilan < 7 minggu.

Dari hasil penelitiandidapatkan hasil bahwa prosentase terbesar yaitu BBLR dalam kelompok KMK dengan status gizi ibu saat hamil mengalami gizi buruk. Hal ini sesuai dengan survey yang dilakukan oleh V.S Collaborative Perinatal Study yang menyatakan bahwa kira-kira $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ diantara bayi BBLR termasuk dalam kelompok KMK (Markum, A.H, 1991). Ditinjau dari berbagai factor, gizi merupakan salah satu factor penyebab terbanyak yang berasal dari ibu. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu.

Menurut Depkes RI (1993) gizi kurang pada ibu hamil adalah kemiskinan yang menjadi penyebab utama dari BBLR. Oleh karena itu perlu dilakukan pengukuran status gizi, misalnya melalui pengukuran LILA < 23,5 cm termasuk gizi buruk dan > 23,5 cm termasuk gizi baik. Dengan demikian angka kejadian gizi burukkhususnya pada WUS usia 15 – 45 tahun sebesar 16,7 % dapat ditekan seminimal mungkin. Apabila melalui pengukuran LILA pada WUS diperoleh hasil < 23,5 cm sebaiknya kehamilan ditunda terlebih dahulu dan dilakukan upaya perbaikan gizi sehingga nantinya tidak beresiko melahirkan bayi dengan BBLR.

Hal ini sesuai dengan pendapat John Th Ire bahwa BBLR terjadi karena pada masa kehamilan ibu mengalami KEK / gizi buruk, diperkuat lagi dengan uji *Chi-Square* didapatkan hasil adanya hubungan antara kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil cenderung meningkatkan angka kejadian BBLR. Oleh karena itu perlu usaha perbaikan gizi dalam kaitannya untuk pencegahan peningkatan kejadian BBLR serta didukung oleh adanya komitmen yang tinggi dari pemerintah, misalnya melalui pengukuran LILA saat hamil di setiap unit kesehatan demikian pula halnya pada WUS. Sehingga angka kematian ibu dan angka kematian perinatal dapat diturunkan seminimal mungkin.

Kata kunci : Gizi Ibu Hamil, LILA, Berat Badan Bayi Lahir

ABSTRACT

LBW is low birth weight, which newborns weighing less than 2500 grams or equal to 2499 grams. LBW is one of the most important factors for the increasing Perinatal Mortality in Indonesia. Therefore, it needs to be revisited any factors that cause low birth weight.

Description of the studied LBW categorized into 2 batches namely the KMK (Small Pregnancy) and SMK (In accordance Pregnancy). Peggolongan LBW is in accordance with the opinion of rustam Mochtar (1998) which classifies lbw by gestational age and birth weight in a state of KMK and SMK. KMK is said when there is an imbalance between the growth of the fetus with advanced pregnancy, while the SMK said if birth weight / kurang 2500 by weight for gestational age <7 weeks.

From the results penelitiandidapatkan the result that the largest percentage of LBW in the WCL group with maternal nutritional status during pregnancy suffering from severe malnutrition. This is according to a survey conducted by VS Collaborative Perinatal Study that states that roughly $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ among LBW infants included in group KMK (Markum, AH, 1991). Judging from various factors, nutrition is one factor cause that comes from the mother. In other words, the quality of infants born very dependent on the nutritional state of the mother.

According to MOH (1993) malnutrition among pregnant women is a major cause of poverty of LBW. It is therefore necessary to measure the nutritional status, such as by measuring the MUAC <23.5 cm including malnutrition and > 23.5 cm including good nutrition. Thus the incidence of malnutrition burukkhususnya on WUS aged 15-45 years of 16.7% can be minimized. If through MUAC measurement results obtained on WUS <23.5 cm of pregnancy should be postponed and made efforts to improve nutrition so it will not be at risk of having a baby with low birth weight.

This is in accordance with the opinion of John Th Ire that LBW occurred because during pregnancy the mother had KEK / malnutrition, reinforced by Chi-Square test showed an association between the incidence of LBW with maternal nutritional status during pregnancy is likely to increase the incidence of LBW. Therefore it is necessary to nutrition improvement in relation to the prevention of an increase in the incidence of LBW and supported by the commitment of the government, for instance through MUAC measurements during pregnancy in each health unit as well as on WUS. So that maternal mortality and perinatal mortality can be reduced to a minimum.

Keywords: Maternal Nutrition, MUAC, Birth Weight Infants

PENDAHULUAN

Melihat semakin banyaknya angka kejadian BBLR, maka perlu ditinjau kembali faktor-faktor yang mempengaruhinya misalnya gizi, usia ibu hamil, jarak kehamilan, infeksi dan penyakit ibu, komplikasi yang menyertai kehamilan, kehamilan kembar, kelainan kromosom, faktor plasenta, lingkungan, sosial dan budaya dan menurut Depkes, 2003 ternyata salah satu penyebab utama BBLR adalah masalah kurang gizi yaitu sebesar 16,7 % prevalensi ibu hamil mengalami KEK. Tingginya angka kurang gizi pada ibu hamil ini mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka BBLR di Indonesia yang diperkirakan mencapai 350.000 bayi setiap tahunnya. Sehingga harapan yang ingin dicapai Indonesia dalam hal status gizi bayi baru lahir dengan berat badan rendah dapat ditekan tinggal 5 % dari 7-14 % pada tahun 2000

Berdasarkan data dari Rumah Sakit menunjukkan kejadian BBLR tahun 2002 sebesar 7,5 % dengan faktor penyebab salah satunya yaitu gizi buruk dengan pengukuran LILA <23,5 cm (48,88 %), Anemia (22,22 %), Gemeli (13,33 %), Diabetes Melitus (15,55 %), tahun 2003 sebesar 8,187 % dengan faktor penyebab BBLR yaitu karena gizi buruk dengan pengukuran LILA < 23,5 cm (44,64 %), Anemia (16,07 %), Gemeli (21,42 %), Eklamsi (12,5 %) dan Diabetes Melitus (5,35 %). Dari data yang telah diperoleh menunjukkan terjadinya peningkatan kejadian BBLR dari tahun ke tahun yaitu dari tahun 2002-2004 sebesar 0,747 % dan dapat dilihat bahwa karena gizi buruklah sebagai penyebab terbanyak dari kejadian BBLR tahun 2002-2004.

Dampak yang mungkin dihadapi pada bayi dengan BBLR tergantung dari berat ringannya masalah perinatal karena makin muda kehamilan (kurang dari 37 minggu) makin sulit beradaptasi dengan lingkungan luar rahim, asfiksia, gangguan metabolisme, mudah terjadi infeksi. Dampak lain untuk masa pertumbuhan dan perkembangan bayi dengan BBLR adalah kemungkinan bayi mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, gangguan sistem motorik saraf pusat. Dampak yang mungkin

dialami bayi BBLR apabila tidak dilakukan penanganan secara dini dan tepat akan menyebabkan kondisi bayi semakin buruk dan kemungkinan terjadi kematian sehingga Angka Kematian Bayi oleh karena BBLR meningkat. Salah satu cara untuk menekan angka kejadian BBLR yaitu dengan melakukan pengawasan dan pencegahan sejak dini selama kehamilan yaitu dengan menentukan status gizi ibu hamil. Adapun penentuan status gizi yang banyak digunakan adalah dengan pemeriksaan antropometri (pengukuran LILA, pengukuran pertambahan berat badan ibu hamil).

Pengukuran LILA terutama dilakukan pada Wanita Usia Subur (WUS) yang berumur 15-45 tahun yang meliputi remaja, ibu hamil, ibu menyusui dan dapat dilakukan kapan saja dan cukup satu kali saja dalam satu tahun (Supriasa, 2001). Telah ditetapkan bahwa ambang batas LILA normal di Indonesia berkisar lebih dari 23,5 cm dan ambang batas LILA dengan resiko KEK (Kurang Energi Protein) yaitu dibawah 23,5 cm. Melalui cara inilah diharapkan angka kejadian BBLR dapat dicegah sejak dini. Melihat angka kejadian BBLR yang terus meningkat perlu dilakukan penelitian mengenai hubungan kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil melalui pengukuran LILA.

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian yang dipakai oleh peneliti adalah studi korelasi dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan pengamatan sesaat atau dalam suatu periode waktu tertentu dan setiap subjek studi hanya dilakukan satu kali pengamatan selama penelitian. Pada penelitian ini populasi yang digunakan adalah keseluruhan bayi lahir dengan berat badan lahir rendah dan keseluruhan ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Jadi jumlah sampel yang akan dipilih sesuai dengan cara perhitungan sampel sebanyak 39 bayi dengan BBLR dan ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR. Teknik sampling penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling* secara acak sederhana. Pengumpulan data pada penelitian ini diambil dengan penelusuran data

sekunder ialah metode untuk mendapatkan informasi melalui penelusuran dokumen yaitu laporan bulanan kelahiran bayi untuk mengetahui jumlah bayi dengan BBLR dan laporan bulanan KIA untuk mengetahui ukuran LILA ibu hamil dari bayi dengan BBLR. Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah pencatatan data sekunder

Jika χ^2 hitung lebih besar dari χ^2 tabel, maka H_0 ditolak, yang berarti terdapat hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Tetapi jika χ^2 hitung lebih kecil dari χ^2 tabel, maka H_0 diterima, yang berarti tidak terdapat hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Apabila dalam uji *Chi-Square* (χ^2) tidak memenuhi syarat maka dapat dilakukan uji *fisher* tes. Jika $P > \alpha$ 0,05 maka H_0 diterima, artinya tidak terdapat hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Tetapi jika $P < \alpha$ 0,05 maka H_0 ditolak dan ini berarti terdapat hubungan antara variabel dependent dan variabel dependent.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Usia Ibu Bersalin di tahun 2011

| No | Usia Ibu Bersalin | Frekuensi | Prosentase (%) |
|---------------|-------------------|-----------|----------------|
| 1 | < 20 tahun | 0 | 0,0 |
| 2 | 20 – 35 tahun | 38 | 97,43 |
| 3 | > 35 tahun | 1 | 2,56 |
| Jumlah | | 39 | 100,00 |

Dari 39 responden, kelompok usia ibu bersalin terbanyak yang melahirkan bayi dengan BBLR berusia berkisar antara 20-35 tahun sebanyak 38 responden (97,43 %).

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Penggolongan BBLR tahun 2011

| No | Usia Ibu Bersalin | Frekuensi | Prosentase (%) |
|---------------|-------------------|-----------|----------------|
| 1 | SMK | 19 | 48,71 |
| 2 | KMK | 20 | 51,28 |
| Jumlah | | 39 | 100,00 |

Dari 39 responden, diperoleh hasil bahwa kelompok BBLR terbanyak adalah pada kelompok KMK sebanyak 20 responden (51, 28 %).

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Gizi Ibu Saat Hamil Melalui Pengukuran LILA tahun 2011

| No | Usia Ibu Bersalin | Frekuensi | Prosentase (%) |
|---------------|-------------------|-----------|----------------|
| 1 | Gizi Baik | 14 | 39,89 |
| 2 | Gizi Buruk | 25 | 64,10 |
| Jumlah | | 39 | 100,00 |

Dari 39 responden yang diteliti, diperoleh hasil bahwa prosentase terbesar dari responden termasuk dalam kelompok gizi buruk yaitu sebanyak 25 responden (64,10 %).

Tabel 4. Tabulasi Silang Hubungan Kejadian BBLR Dengan Status Gizi Ibu Saat Hamil Melalui Pengukuran LILA tahun 2011

| NO | Status Gizi Ibu | BBLR | | Jumlah | | Prosentase | |
|----|-----------------|----------|-------|----------|-------|------------|--------|
| | | SMK | KMK | | | | |
| | | Σ | % | Σ | % | | |
| 1 | Gizi Baik | 7 | 50 | 7 | 50 | 14 | 39,89 |
| 2 | Gizi Buruk | 12 | 48 | 13 | 52 | 25 | 64,10 |
| | Jumlah | 19 | 48,71 | 20 | 51,28 | 39 | 100,00 |

Setelah ditabulasi silang maka diperoleh hasil bahwa status gizi baik pada ibu menyebabkan terjadinya BBLR yaitu pada kelompok SK sebanyak 7 responden (50 %), dan pada kelompok KMK sebanyak 7 responden (50 %). Sedangkan pada status gizi buruk menyebabkan terjadinya BBLR kelompok SMK sebanyak 12 responden (48 %) dan kelompok KMK sebanyak 13 responden (52 %). Sesuai dengan hasil tabulasi silang di atas maka dilihat bahwa status gizi buruk merupakan salah satu faktor penyebab terbanyak terjadinya BBLR dan ditunjang oleh uji *Chi-Square* ternyata diperoleh hasil $\chi^2 > \chi^2$ ada hubungan antara kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil yang artinya bahwa ada hubungan antara kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil melalui pengukuran LILA

PEMBAHASAN

BBLR adalah berat badan lahir rendah, yang mana bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2499 gram. BBLR merupakan salah satu factor terpenting yang menyebabkan semakin meningkatnya Angka Kematian Perinatal di Indonesia. Oleh karena itu perlu ditinjau kembali factor-faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya BBLR. Berdasarkan data yang telah disajikan dalam Bab 6, telah ditampilkan beberapa karakteristik ibu yang erat dengan terjadinya BBLR, yang kemudian data tersebut dianalisis sehingga dalam bab ini akan diuraikan tentang

hubungan kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil melalui pengukuran LILA tahun 2011. Gambaran BBLR yang diteliti dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu kelompok KMK (Kecil Masa Kehamilan) dan SMK (Sesuai Masa Kehamilan). Penggolongan BBLR ini sesuai dengan pendapat dari rustam Mochtar (1998) yang menggolongkan BBLR berdasarkan usia kehamilan dan berat badan bayi lahir dalam keadaan KMK dan SMK. Dikatakan KMK apabila terjadi ketidakseimbangan antara pertumbuhan janin dengan lanjutan kehamilan, sedangkan dikatakan SMK apabila berat badan lahir / kurang dari 2500 dengan berat badan untuk masa kehamilan < 7 minggu.

Dari hasil penelitiandidapatkan hasil bahwa prosentase terbesar yaitu BBLR dalam kelompok KMK dengan status gizi ibu saat hamil mengalami gizi buruk. Hal ini sesuai dengan survey yang dilakukan oleh V.S Collaborative Perinatal Study yang menyatakan bahwa kira-kira $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ diantara bayi BBLR termasuk dalam kelompok KMK. Ditinjau dari berbagai factor, gizi merupakan salah satu factor penyebab terbanyak yang berasal dari ibu. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu.

Selama kehamilan, gizi diperlukan untuk mengurangi komplikasi pada ibu serta menjamin pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal dan selanjutnya akan melahirkan bayi dengan berat badan normal. Akan tetapi perlu diingat bahwa keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil ditentukan juga jauh sebelumnya yaitu pada saat remaja, karena nutrisi yang cukup setelah kehamilan terjadi tidak akan dapat mengkompensasikan ketidakcukupan asupan nutrisi sebelum kehamilan.

Menurut Depkes RI (1993) gizi kurang pada ibu hamil adalah kemiskinan yang menjadi penyebab utama dari BBLR. Oleh karena itu perlu dilakukan pengukuran status gizi, misalnya melalui pengukuran LILA < 23,5 cm termasuk gizi buruk dan > 23,5 cm termasuk gizi baik. Dengan demikian angka kejadian gizi burukkhususnya pada WUS usia 15 – 45 tahun sebesar 16,7 % dapat ditekan seminimal mungkin. Apabila melalui pengukuran LILA pada WUS diperoleh hasil < 23,5 cm sebaiknya kehamilan ditunda

terlebih dahulu dan dilakukan upaya perbaikan gizi sehingga nantinya tidak beresiko melahirkan bayi dengan BBLR. Hal ini sesuai dengan pendapat John Th Ire bahwa BBLR terjadi karena pada masa kehamilan ibu mengalami KEK / gizi buruk, diperkuat lagi dengan uji *Chi-Square* didapatkan hasil adanya hubungan antara kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil cenderung meningkatkan angka kejadian BBLR. Oleh karena itu perlu usaha perbaikan gizi dalam kaitannya untuk pencegahan peningkatan kejadian BBLR serta didukung oleh adanya komitmen yang tinggi dari pemerintah, misalnya melalui pengukuran LILA saat hamil di setiap unit kesehatan demikian pula halnya pada WUS. Sehingga angka kematian ibu dan angka kematian perinatal dapat diturunkan seminimal mungkin.

KESIMPULAN

Ada hubungan antara kejadian BBLR dengan status gizi ibu saat hamil melalui pengukuran LILA

DAFTAR PUSTAKA

1. Azwar, Saifudin. 2002. *Sikap Manusia dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
2. Close, Sylvia. 2000. *Kehidupan Seks Selama Kehamilan dan Setelah Melahirkan*. Arcan : Jakarta.
3. Djuanda, L. 2005. *Pengetahuan Kesehatan Reproduksi*. From <http://haweb01.bkkbn.go.id/haweb/ceria/ss3kesimpulan.html>, tanggal 21 – 3 – 2009 jam 17.00 WIB
4. Gunarsah, Singgih D dan Yulia. 2001. *Psikologi Praktis Anak Remaja dan Keluarga*. Jakarta : Gunung Mulia
5. Hamilton, P.M. 2005. *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*. EGC : Jakarta.
6. Kartono, Kartini. 1992. *Psikologi Wanita (Jilid II) Mengenal Wanita Sebagai Ibu Dan Nenek*. Mandar Maju : Bandung.
7. Latipun. 2004. *Psikologi Konseling*. Malang : UMM
8. Manuaba, IBG. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta.
9. Manuaba, IBG. 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Arcan : Jakarta.
10. Murkoff, Heidi. 2006. *Kehamilan : Apa Yang Anda Hadapi Bulan Perbulan*. Arcan : Jakarta.
11. Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Asdi Mahasetya : Jakarta.
12. Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. PT. Asdi Mahasetya : Jakarta.
13. Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian kesehatan*. PT. Rineka Cipta : Jakarta.
14. Nugraha, Boyke Dian. www.suarakarya-online.com/new.html?id=105589. *Seks Selama Kehamilan*. Diakses 21 – 03 – 2009
15. Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika : Jakarta.

16. Pangkahila, Wiempi. www.kompas.com/kesehatan/news/senior/seks/0205. *Mitos seks Yang Melingkupi Kehamilan*. Diakses 21 – 03 – 2009.
17. Potter, Patricia A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep Proses dan Praktik*. EGC : Jakarta.
18. Westheimer, Ruth K. 2002. *Mengkreasi Kehamilan dan Menjaga Kasih Sayang Bersama Dr. Ruth K*. PT Raja Grafindo Persada : Jakarta.